

**TRABAJO FINAL DE GRADO:  
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS  
PRINCIPALES TRATAMIENTOS EN LA  
ANOREXIA NERVIOSA**

---



**Grado en Psicología**  
**Alumno: Eva Eixea Fonfría**  
**DNI: 53382822Y**  
**Tutor: Antonio Caballer**  
**Convocatoria: Junio**



# ÍNDICE

1. Resumen	5
2. Extended summary	7
3. Introducción	9
3.1 Aproximación conceptual	10
3.2 Etiología de la anorexia nerviosa	13
4. Metodología	15
4.1 Procedimiento	16
4.2 Criterios de exclusión	17
5. Resultados	21
6. Conclusiones	25
7. Bibliografía	27

*“There is no magic cure, no making it all go  
away forever. There are only small steps  
upward; an easier day, an unexpected  
laugh, a mirror that doesn't matter anymore.”*

Laurie Halse Anderson

## 1. RESUMEN

El objetivo de este estudio es realizar una revisión bibliográfica de los tratamientos más utilizados en adolescentes con anorexia nerviosa. Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de las publicaciones científicas publicadas en los últimos 5 años (2011 – 2016) incluidas en las diversas bases de datos. La búsqueda se ha realizado a través de las siguientes bases de datos en línea PubMed, psyARTICLES y psyNET de la Universidad Jaime I, además se ha complementado con el buscador de internet Google Académico, libros y otras páginas web de interés. La búsqueda ha incluido los siguientes criterios de inclusión: población adolescente (12 – 18 años); estudios con seguimiento de al menos 6 meses; tratamientos conductuales y farmacológicos, y estudios realizados con muestras aleatorias de pacientes diagnosticadas con anorexia en base al DSM-IV-R o al DSM-V. De este modo, se han obtenido diferentes tipos de intervenciones que pueden ser clasificadas en tres grupos: los tratamientos psicológicos como la Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia Familiar y los Programas Hospitalarios. El segundo grupo pertenece a la Rehabilitación Nutricional y Asesoramiento y finalmente el Tratamiento Farmacológico. Las principales investigaciones sobre el tratamiento de la anorexia nervosa se han centrado en la Terapia Cognitivo Conductual, y más recientemente en la Terapia Familiar. Estas intervenciones psicológicas tienen por objetivo ayudar a los pacientes con anorexia nerviosa a modificar la conducta y las actitudes relacionadas con el trastorno alimentario.

**Palabras clave:** anorexia nerviosa, tratamiento, adolescentes

## ABSTRACT

The aim of this study is to carry out a literature review to identify the most commonly treatment for anorexia nervosa in young adolescents. A systematic review of the scientific literature published during the last 5 years (2011-2016) retrieved from different data bases has been carried out. The study was conducted using the online database PubMed (MEDLINE), psycARTICLES and psycNET accessed through the database platform of the University Jaime I, and also Internet search engine Google Scholar, books and other websites of interest. The research has included the following criteria: adolescent patients (12 to 18 years old), follow-up studies of at least 6 months; behavioral and pharmacological treatments, and studies with random samples of patients diagnosed with anorexia based on the DSM-IV-R or DSM-V. Following this search, we have chosen different interventions, they can be classified in three groups: psychological interventions, as Cognitive Behavioral Therapy, Family Based Treatment and Treatment in Inpatient, Residential, or Day Programs. We have also included Nutritional

advice and counseling and the last group is about pharmacological treatment. Research on the treatment of eating disorders has focused primarily on Cognitive–Behavioral Therapy and, more recently, in Family Based Treatment. The goals of psychological interventions are to help patients with anorexia nervosa to understand and to change their behaviors and dysfunctional attitudes related to their eating disorder.

**Keywords:** anorexia nervosa, treatment, adolescent

## **2. EXTENDED SUMMARY**

This study has focused in analyze the available treatment for anorexia nervosa in young adolescent. It has been conducted a research with database of Jaume I Library (psycARTICLES, psycNET, pubMed), Internet search engine Google Scholar, books and other websites of interest. This paper is also concerned in the story of anorexia nervosa. In 1684 Anorexia Nervosa was described for the first time, but it was not until 1870 that it became identified and described with its own diagnosis. The birth of the new disease was not only related to the new way to look at medicine, but also an effect of the changes in the society, and on the new ideal for young women. The history of Anorexia Nervosa is partly an effect of the culture we live in, and partly an effect of the social structure in our society. The cause of anorexia nervosa is complex and badly understood. There is a genetic predisposition, and certain specific environmental risk factors have been implicated.

Anorexia Nervosa usually develops in adolescent and young women: it is the third most common chronic illness in teenage girls, it happens only rarely in males. Malnutrition associated with anorexia nervosa can affect nearly every organ system in the body, with cardiac complications responsible for 50% of the deaths in anorexia nervosa. Treatment must address all aspects of this complex disorder and begins with a thorough appraisal of the patients' physical condition, together with identification of important medical complications.

For adolescent with Anorexia Nervosa, the evidence base is more limited, and it is complicated by small sample sizes, high treatment drop-out rates, and a general lack of comparison of active treatment approaches. Approaches that may be helpful include cognitive analytic therapy, cognitive-behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, focal psychoanalytic psychotherapy, and family interventions that focus on reducing symptoms of Eating Disorders. For adolescents, family based treatment is the best evidenced-based approach for anorexia nervosa. This treatment facilitates parental management of the restrictive dieting and over exercise in their child until the child is recovered enough to manage more age appropriate eating. Individual therapy is also an effective treatment, but it not as effective as family based treatment and appears to take longer for patients to restore weight. Other forms of family therapy also appear to be useful, though there are fewer studies available that demonstrate effectiveness. Treatment should always be based on a comprehensive evaluation of the adolescent and family. There are no medications known to be helpful for anorexia nervosa, but medication (usually antidepressants) may be helpful if the adolescent with anorexia is also depressed or anxious. The frequent occurrence of medical complications and the possibility of death during the course

of acute and rehabilitative treatment requires your child's doctor to be an active member of the management team. Parents play a vital supportive role in any treatment process.



### 3. INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario grave caracterizado por un miedo inmenso a ganar peso, por una imagen corporal distorsionada que conduce a una alimentación restringida, un excesivo ejercicio y otras conductas que impiden a una persona a ganar peso o mantener un peso saludable.

Actualmente, según la Asociación Nacional de Trastornos Alimentarios (NEDA) la prevalencia de la anorexia es de 0,2 – 0,7%. La mayoría de los afectados son mujeres (90 – 95%) y en su gran mayoría, adolescentes, aunque en los últimos años el número de hombres que padecen este trastorno ha aumentado. Los trastornos alimentarios no son los trastornos mentales más prevalentes, pero es alarmante la rapidez con la que se han incrementado en las últimas décadas (de 2 a 5 veces más).

El trastorno alimentario como la anorexia, se caracteriza por dos tipos de conducta. Encontramos, por una parte, la anorexia restrictiva, en el que el individuo limita severamente la ingesta de alimentos donde el objetivo principal es reducir el aporte calórico. Por otra parte, encontramos la anorexia purgativa la cual incluye capítulos de inducción del vómito, la toma de laxantes u otros medicamentos con el fin de eliminar cualquier contenido en el intestino.

La anorexia nerviosa inicialmente se ha visto como un trastorno social o cultural (Toro, 1996), sin embargo, existe un sustrato biológico y unas bases neuronales que subyacen al trastorno (Hashimoto, 2001). Los factores genéticos juegan un papel importante en el aumento del riesgo de la anorexia nerviosa. Existen también otros problemas de salud, como los trastornos de ansiedad o trastornos afectivos, que se encuentran comúnmente asociados a los adolescentes con anorexia nerviosa.

Las redes sociales se han vuelto una herramienta imprescindible para que los jóvenes con trastornos de alimentación como la anorexia o la bulimia, entre otros, reafirmen sus hábitos. Un estudio de la Mesa de Diálogo para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) revela que el 60% de los pacientes que sufren estas dolencias recurre a Internet en busca de contenidos poco saludables (Fainburn, 2012). Es alarmante la gran facilidad que tienen los jóvenes para quedar atrapados en las redes de la anorexia y otros trastornos, y es que hay un vacío legal a la hora de abordar y eliminar de las redes sociales y de internet todo lo que suscite a una persona a desarrollar una enfermedad o un trastorno.

### 3.1 APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

La literatura relacionada con la anorexia nerviosa se caracteriza por una marcada atención a los aspectos que explican cómo el concepto de anorexia ha ido evolucionando y cambiando a lo largo de la historia. Los autores que han investigado y escrito sobre la anorexia manifiestan la gran dificultad que conlleva definir este trastorno y la necesidad de encontrar una descripción que englobe estrictamente todos los detalles que subyacen a esta perturbación nerviosa.

El primer médico en describir la anorexia nerviosa como una enfermedad fue Richard Morton en 1689, doctorado en Medicina por la Universidad de Oxford. Morton la definió como una perturbación del sistema nervioso, del mismo tipo que la tristeza y la ansiedad (Fairburn y Brownell, 2002). Recopiló en una publicación la primera descripción médica de anorexia, donde definió brevemente algunas características del trastorno: una disminución del apetito, amenorrea, aversión a la comida, hiperactividad y adelgazamiento. Morton llamó a esta condición atrofia nerviosa y, “de manera inequívoca la atribuyó a factores psicológicos” (Selvini-Palazzoli, 1974).

Aproximadamente 200 años más tarde, el término anorexia nerviosa fue “redescubierto” (Sholevar, 1987) por Gull en Inglaterra y por Lasègue en Francia. En 1873 el psiquiatra francés Ernest Charles Lasègue publicó un tratado sobre la enfermedad, denominándola “anorexia histerica”. Definió la condición como una histeria o trastorno nervioso asociado a un trastorno digestivo. Lasègue estudió casos de jóvenes extremadamente delgadas y comparó las características comunes. Encontró que la posición socioeconómica y la relación familiar tenían una marcada relación con la enfermedad, ya que todas las jóvenes estudiadas en los casos pertenecían a familias con un nivel económico suficiente como para invertir en recursos para que su enfermedad fuera tratada. Otra característica común fue la edad de inicio, entre los 15 y los 20 años y causas relacionadas con emociones debidas a la transición a la vida adulta. Lasègue estudió ampliamente la psicopatología del trastorno y dividió su evolución en tres fases, comunes a todas las muchachas estudiadas. En la primera fase, la muchacha se restringía voluntariamente del consumo de ciertos alimentos y aumentaba su actividad física. La segunda fase se caracterizaba por un empeoramiento del estado mental de la paciente. Y, por último, en la tercera fase, se producía un severo adelgazamiento y un deterioro físico evidente acompañado de otros síntomas somatológicos como amenorrea, piel pálida y seca, anemia, vértigo y desmayos (Toro, 1996).

De manera simultánea al trabajo de Lasègue y a sus observaciones, el médico de la familia real inglesa, William Withey Gull (Crilly, 2012) investigó casos de pacientes con anorexia nerviosa.

Durante la reunión anual de la Asociación Británica de Medicina celebrada en 1868 en Oxford, Gull se refirió a la condición utilizando el término de aepsia histérica para describirla (Sholevar, 1987). Más tarde, en 1874, Gull, redefinió la enfermedad y cambió el nombre de aepsia histérica por anorexia nerviosa. Gull definió el cuadro clínico de la enfermedad como una serie de signos y síntomas que incluyen pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento, disminución del apetito, pulso y respiración lentos y la ausencia de patologías somáticas (Blish y Branch, 1960). Tanto los aspectos físicos como los psicológicos del trastorno recopilados en las descripciones de Gull y Lasègue, recibieron la atención suficiente y la anorexia nerviosa fue reconocida como una entidad clínica distinta. Sin embargo, aumentaron los casos de anorexia nerviosa, lo que conllevó a una ampliación gradual de los conceptos originales de Gull y Lasègue, quedando la literatura de la anorexia nerviosa marcada por la confusión y la contradicción (Bruch, 1973).

Unos años más tarde, y una vez establecido el concepto de anorexia nerviosa dentro de la medicina, en 1889, otro médico francés llamado Jean Martin Charcot fue el primero en señalar el miedo a engordar como motivo de la restricción alimentaria en dicha enfermedad. Actualmente éste es uno de los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa incluido en el DSM-V. El hecho de que este síntoma no fuera determinado hasta finales del siglo XIX es explicado por una de las dos siguientes razones. Por una parte, existe la posibilidad de que las jóvenes siempre sintieron miedo a engordar pero nunca quedó manifestado en la literatura médica, debido a que los médicos no preguntaban a las pacientes por su estado psicológico y ellas no compartían sus motivos por considerarlos íntimos y por la negación de la enfermedad característica de la anorexia nerviosa (Toro, 1996). Por otra parte, también es posible que las mujeres de épocas anteriores no sintieran miedo a engordar y por eso no quedó manifestado, ya que la motivación religiosa del ayuno de la Edad Media que había ocurrido hasta el momento no tenía ninguna relación con el volumen corporal.

Un siglo más tarde, en el año 1961, la psiquiatra y psicoanalista alemana – estadounidense Hilde Bruch describió la distorsión de la imagen corporal, o dismorfobia, como otro de los síntomas de la anorexia nerviosa. En la actualidad, también se halla incluido en los criterios diagnósticos de la enfermedad recogidos en el DSM-V. Así mismo, Bruch también puntualizó que la anorexia nerviosa “no es una verdadera pérdida de apetito, sino más bien una preocupación por la comida y la alimentación” (Chinchilla, 2003). La incesante búsqueda por la delgadez fue la característica primordial de la anorexia nerviosa, que permitió distinguirla de otros trastornos psiquiátricos que se caracterizaban por una pérdida de peso.

Otros investigadores, utilizaron términos similares para definir la anorexia nerviosa. En 1970, Russell describió esta enfermedad como “un miedo insano a engordar” (Toro, 1996). En el mismo año, Theander manifestó los criterios esenciales de la anorexia nerviosa: “Un cambio de actitud en relación a la comida y a su propia figura, que tiene como propósito adelgazar, convirtiéndose en una fuente potencial de motivación dominada por la conducta del paciente”. La psiquiatra italiana Mara Selvini-Palazzoli, en 1974, afirmó que los pacientes con anorexia muestran un “deseo inmenso por estar delgados”. Manifestó que el principal motivo que explica la conducta alimentaria de la anorexia es una “necesidad desesperada de adelgazar” (Toro, 1996). Crisp en 1977, definió la anorexia nerviosa como una “fobia a ganar peso” (Chinchilla, 2003) en la cual, la preocupación central de la anorexia reside en mantener un bajo peso corporal y evitar un aumento de éste.

En el año 1980, la definición de la anorexia nerviosa fue incluida en el DSM-III, la versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales vigente en aquella época.

#### *Criterios diagnósticos del DSM-III-R para la anorexia nerviosa*

- A. En pacientes que han finalizado el desarrollo puberal, rechazo a mantener el peso corporal por encima de un mínimo para la edad y talla, siendo éste inferior en un 15 % o más al peso adecuado a su edad y talla.
- B. En pacientes durante el desarrollo puberal, fracaso en la ganancia de peso durante el período de crecimiento, presentando un peso del 15 % por debajo del adecuado a su edad, talla y estadio puberal.
- C. Miedo intenso a ganar peso y a la obesidad.
- D. Trastorno de la percepción del peso y esquema corporal.
- E. En mujeres posmenárquicas, ausencia de al menos tres menstruaciones consecutivas.

#### *Criterios diagnósticos del DSM-V para la anorexia nerviosa*

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

### **Cuadro 1: Evolución de los criterios diagnósticos para la anorexia**

## **3.2 ETIOLOGÍA DE LA ANOREXIA**

### **- Factores genéticos**

La evidencia genética para la anorexia nerviosa es una de las más fuertes para los diversos trastornos de la conducta alimentaria. Siegfried y cols. (2003) investigaron las bases genéticas de la anorexia nerviosa utilizando estudios de gemelos. Encontraron que la influencia se encuentra alrededor del 59%, aproximadamente la misma tasa de heredabilidad que el trastorno

bipolar y la esquizofrenia. Estos resultados explican la dificultad que existe para encontrar un tratamiento adecuado para la enfermedad.

La anorexia tiene un componente genético asociado. Diversos estudios han confirmado que existe un polimorfismo en el gen que transcribe el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF). BDNF juega un papel importante en la regulación neuronal, el desarrollo neuronal y la plasticidad cerebral. Un estudio llevado a cabo por Hashimoto y cols. (2005) revelaron el rol de BDNF y su influencia en la psicofisiología de los trastornos de la conducta alimentaria. Las investigaciones realizadas por Hashimoto, desvelaron que los pacientes con anorexia nerviosa tenían bajos niveles de BDNF, además comprobó empíricamente que ratas inducidas a niveles bajos de BDNF mostraban conductas alimentarias anormales.

Por otra parte, el gen del receptor cannabinoide es otra variación genética que ha sido estudiada. Los endocannabinoides incrementan la ingesta de alimentos, mientras que su bloqueo produce el efecto contrario, suprimen la alimentación. Existe un neuropéptido llamado leptina, que tiene una función regulatoria del apetito. A través de modelos animales, Di Marzo y cols (2001) encontraron que cuando los niveles de leptina son experimentalmente incrementados, los niveles endocannabinoides disminuyen. Esto se apoyó en los hallazgos de altos niveles de endocannabinoides en animales obesos genéticamente. Los cannabinoides también son conocidos por su responsabilidad por inducir efectos recompensantes. Los investigadores especularon que cuando se altera la vía de recompensa del sistema cannabinoide y sus receptores produce alteraciones en los pacientes anoréxicos.

Además del gen del receptor cannabinoide y el factor neurotrófico derivado del cerebro, la investigación genética también está trabajando para encontrar los genes que contribuyen en los sistemas de serotonina y dopamina anormales, involucrados en los síntomas de la anorexia.

#### - **Factores socio-culturales**

Los factores socio-culturales son una de las variables más importantes que intervienen en el desarrollo de la anorexia nerviosa. Es evidente que la anorexia nerviosa es un trastorno propio de la cultura occidental. En el continente africano, sólo hay descritos dos casos (Thomas y Szmukler, 1985). En Malasia, en nueve años se han registrado 30 casos de anorexia nerviosa, pero únicamente uno de ellos correspondía a una mujer malaya; el resto se nutría de la burguesía industrial dominante india y china (Bruch, 1981). La prevalencia de la enfermedad muestra un

aumento significativo en las últimas décadas. Una de las razones de este aumento viene explicado por los cánones de belleza impuestos por la sociedad actual, que señala la delgadez como símbolo de belleza. La anorexia es mayormente desarrollada por mujeres jóvenes, que es en ocasiones, justificada por las continuas demandas sociales de mantener los estándares tradicionales de belleza.

La edad es otro de los factores a tener en cuenta. La anorexia nerviosa se ceba básicamente en mujeres situadas entre los 15 y los 25 años de edad (Halmi y cols. 1979). La adolescencia, pues, se halla implicada de pleno. La adolescente vive en una sociedad que cuenta y promueve un modelo de cuerpo determinado. A ella le llega a través de muy diversos canales que además interactúan y se superponen. El grupo de edad, el grupo de compañeras tan trascendente en la adolescencia dada su radical influencia en la gestación de muchos valores, juega un papel primordial: conversaciones, preocupaciones compartidas, tipo de vestidos prestigiados y deseados, críticas a terceras personas, comentarios recibidos sobre el propio cuerpo, etc. Los medios de comunicación social están desempeñando sin duda un papel trascendental. Prensa, televisión, cine, revistas ilustradas, radio, escaparates, vallas publicitarias, están sistemáticamente al servicio de la cultura del adelgazamiento y, mayoritariamente, de importantísimos intereses comerciales (Toro, 1996).

Asimismo, hay otras variables sociales importantes en el desarrollo de la enfermedad, como los patrones de interacción familiar, las actitudes de los padres hacia el control del peso ejercen un papel decisivo en el trastorno (Crisp 1977, Bruch 1978, Garner y Garfinkel 1980).

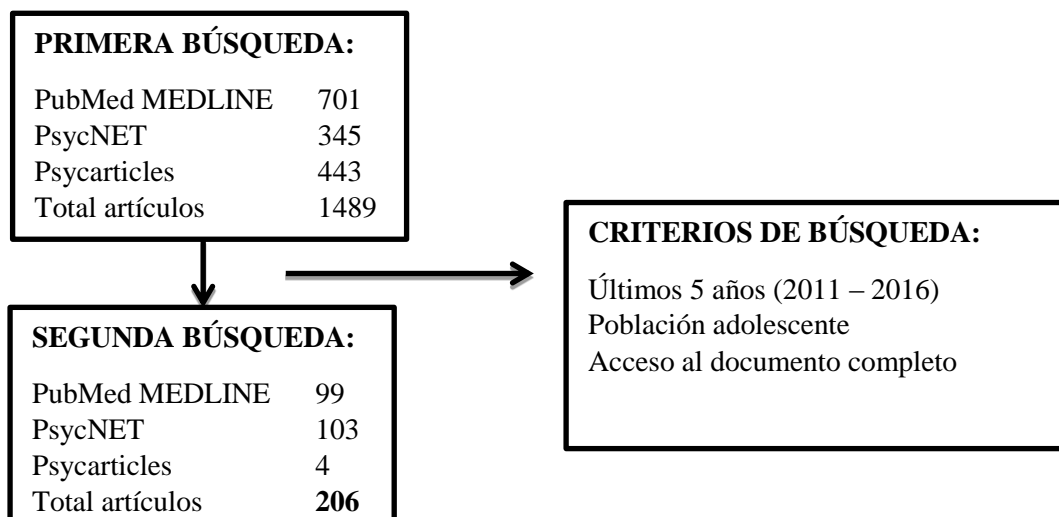
Los diferentes tipos de personalidad también se han estudiado como componentes de la etiología de la anorexia. El perfeccionismo, los rasgos obsesivo-compulsivos, el narcisismo y la autonomía son las características principales que se encuentran comúnmente en los pacientes anoréxicos (Cassin y cols., 2005).

La anorexia es un trastorno difícil de explicar. Los factores genéticos y ambientales juegan un papel fundamental en los sistemas fisiológicos que conducen al desarrollo de la enfermedad.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 PROCEDIMIENTO

El presente trabajo consta de una revisión de la literatura utilizando principios sistemáticos de búsqueda y selección. El objetivo de esta revisión es seleccionar artículos y revistas científicas que permitan identificar los tratamientos más utilizados para tratar la anorexia en adolescentes. Para ello se realizó la búsqueda utilizando la base de datos en línea PubMed (MEDLINE), accediendo mediante la plataforma de base de datos de la Universitat Jaume I. En un primer momento, se ensayaron búsquedas con diferentes palabras como “Anorexia nervosa effective treatment in adolescent”, “Eating disorders”, etc., determinando que las palabras o frases que más se ajustaban al objetivo de búsqueda eran “Anorexia nervosa treatment adolescent”. Dado el gran volumen de información obtenida, se optó por limitar el periodo de búsqueda a los documentos publicados en los últimos 5 años (2011 – 2016), encontrándose un total de 701 artículos durante la primera búsqueda, una vez establecidos los criterios de selección se encontraron 99 documentos que cumplían los requisitos. Ya realizada la búsqueda en esta primera base de datos, se extendió a otras bases de datos consideradas de interés, éstas fueron: PsycNet y Psycarticles, encontrándose en la primera búsqueda 345 y 443 documentos, respectivamente. Tras establecer los criterios de búsqueda en estas bases de datos, ésta cantidad descendió a 103 y 4 documentos. De este modo, en un primer análisis se seleccionaron un total de 206 artículos. Los documentos preseleccionados atendían a los siguientes criterios de búsqueda: acceso al texto completo, lengua inglesa, artículos científicos que debían haber sido publicados durante los años 2011 y 2016.



*Figura 1. Proceso de búsqueda*



## 4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN

Todos los artículos encontrados fueron exportados a la base de datos Mendeley, quedando clasificados por carpetas según la base de datos de la que procedían. A continuación, se procedió a eliminar los documentos duplicados, y posteriormente se realizó un primer análisis cualitativo de los artículos preseleccionados, mediante la lectura de los resúmenes verificando el cumplimiento de los siguientes criterios de inclusión que se encuentran en la tabla 2: población adolescente (12 – 18 años); estudios con seguimiento de al menos 6 meses; tratamientos conductuales y farmacológicos, y estudios realizados con muestras aleatorias de pacientes diagnosticadas con anorexia en base al DSM-IV-R o al DSM-V. Por otra parte, fueron excluidos aquellos que cumplieran alguno de los siguientes criterios de exclusión: estudios de prevención, estudios de neuroimagen, estudios de prevalencia y factores socio-culturales, correlatos neuronales, estudios de caso único, investigaciones sobre procesos emocionales, estudios correlacionales con otras patologías (bulimia, esquizofrenia, diabetes, etc.), y herramientas de diagnóstico. Del total de artículos se seleccionaron por cumplir los criterios de selección un total de 29 artículos.

Se aplicó un segundo análisis cualitativo de los artículos mediante la lectura en su versión completa. En este proceso se excluyeron 6 artículos por incumplir alguno de los criterios de inclusión-exclusión. En total se analizan los 23 artículos en la revisión seleccionados en la tabla 3.

**Tabla 2: Criterios de selección**

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	Población adolescente (12 – 18 años)
	Estudios con seguimiento de 6 meses
	Diagnóstico en base al DSM-IV-R o DSM-V
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Estudios de prevención (27)
	Estudios de neuroimagen (11)
	Estudios de prevalencia y factores (22)
	Correlatos neuronales (18)
	Estudios correlacionales (36)
	Investigaciones sobre procesos emocionales (9)
	Herramientas de diagnóstico (6)
	Duplicados (48)
<b>Total excluidos: 177</b>	

**Tabla 3: Artículos seleccionados para la evaluación**

NOMBRE	AUTOR	AÑO	TIPO DE TRATAMIENTO
1. Therapists' experiences of Cognitive Remediation Therapy for anorexia nervosa	Easter, A., & Tchanturia, K.	2011	Cognitivo conductual
2. Group cognitive remediation therapy for adolescents with anorexia nervosa	Wood, L., Ai-Khairulla, H., & Lask, B.	2011	Cognitivo conductual
3. Therapeutic alliance and family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa	Isserlin, L., & Couturier, J.	2012	Terapia familiar
4. Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial.	Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H. & Fairburn, C. G.	2013	Cognitivo conductual
5. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders	Hay, P.	2013	Cognitivo conductual
6. Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents	Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J. S., & Midgley, N.	2013	Terapia psicológica
7. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy: CBT-E for the Treatment of Anorexia Nervosa.	Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. G.	2013	Cognitivo conductual
8. A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics.	Clausen, L., & Jones, A.	2014	Cognitivo conductual
9. The effect of multiple family therapies on weight gain in adolescents with anorexia nervosa: pilot data.	Gabel, K., Pinhas, L., Eisler, I., Katzman, D., & Heinmaa, M.	2014	Terapia familiar

**Tabla 3: Artículos seleccionados para la evaluación (continuación)**

10. Parent-focused treatment for adolescent anorexia nervosa: a study protocol of a randomized controlled trial.	Hughes, E. K., Le Grange, D., Court, A., Yeo, M. S. M., Campbell, S., Allan, E. & Sawyer, S. M.	2014	Terapia familiar
11. A systematic review of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa - development, current state and implications for future research and clinical practice.	Lindvall Dahlgren, C., & Rø, O.	2014	Cognitivo conductual
12. Successful Treatment of Anorexia Nervosa in a 10-year-old Boy with Risperidone Long-acting Injection	Umehara, H., Iga, J., & Ohmori, T.	2014	Farmacológico
13. The therapeutic process in psychological treatments for eating disorders	Brauhardt, A., De Zwaan, M., & Hilbert, A.	2014	Cognitivo conductual
14. Telemedicine of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: A protocol of a treatment development study.	Anderson, K. E., Byrne, C., Goodyear, A., Reichel, R., & Le Grange, D	2015	Terapia familiar
15. Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa	Ciao, A. C., Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Lock, J., & Le Grange, D.	2015	Terapia familiar
16. Implementing highly specialized and evidence-based pediatric eating disorder treatment: protocol for a mixed methods evaluation.	Couturier, J., Kimber, M., Lock, J., Barwick, M. & McVey, G.	2015	Cognitivo conductual
17. Family-based treatment with transition age youth with anorexia nervosa: a qualitative summary of application in clinical practice.	Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Allmang, B., Couturier, J., McVey, G., Lock, J., & Le Grange, D.	2015	Terapia familiar
18. Focus on anorexia nervosa: modern psychological treatment and guidelines for the adolescent patient	Espie, J., & Eisler, I.	2015	Terapia psicológica

**Tabla 3: Artículos seleccionados para la evaluación (continuación)**

19. Development and evaluation of a treatment fidelity instrument for family-based treatment of adolescent anorexia nervosa	Forsberg, S., Fitzpatrick, K. K., Darcy, A., Aspen, V., Accurso, E. C., Bryson, S. W. & Lock, J.	2015	Terapia familiar
20. Being me and being us - adolescents' experiences of treatment for eating disorders.	Lindstedt, K., Neander, K., Kjellin, L., & Gustafsson, S. A.	2015	Cognitivo conductual
21. The potential of technology-based psychological interventions for anorexia	Schlegl, S., Bürger, C., Schmidt, L., Herbst, N., & Voderholzer, U.	2015	Cognitivo conductual
22. An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents.	Lock, J.	2015	Cognitivo conductual
23. Family-based Treatment of Child and Adolescent Eating Disorders	Forsberg, S., & Lock, J.	2015	Terapia familiar

## 5. RESULTADOS

El tratamiento para la Anorexia Nerviosa se inicia mediante los factores etiopatogénicos de mantención. Los factores predisponentes son tratados con posterioridad, los factores precipitantes son de poca relevancia. La definición de los mecanismos de mantención en cada caso es el primer paso para iniciar el tratamiento. La mayoría de los casos de Anorexia Nerviosa se tratan en consultas externas, donde predomina el tratamiento psicológico, la terapia cognitivo conductual, aunque en algunos casos más graves es necesaria la hospitalización para realimentación o estabilización de problemas médicos (desnutrición, deshidratación). Existen grupos de padres de chicas con anorexia y bulimia, que son una fuente de apoyo y ayuda a las familias afectadas y que en los últimos años están recibiendo grandes resultados.

### TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

El tratamiento más eficaz y más duradero para un trastorno de la alimentación es una forma de psicoterapia o asesoramiento psicológico, junto con una cuidadosa atención a las necesidades médicas y nutricionales. Este tratamiento se debe adaptar al individuo y variará en función de los niveles de gravedad de la enfermedad y los problemas particulares del paciente, teniendo en cuenta sus necesidades y fortalezas.

**Terapia Cognitivo – Conductual:** este procedimiento ha sido utilizado en las últimas 3 décadas como un arma terapéutica eficaz en las fases inicial y media del tratamiento para los adolescentes. El fundamento de este enfoque es que el paciente con anorexia ha distorsionado sus pensamientos acerca de la forma y el peso, que va ligado a una sobrevaloración de la delgadez. Estas distorsiones cognitivas llevan a su vez a realizar dietas severas y gran cantidad de ejercicio con el fin de bajar peso.

Este modelo asume que la psicopatología fundamental es el intento de compensar unos déficits en autoestima mediante la definición y evaluación del yo en términos del peso y la talla. La terapia cognitivo conductual trata de modificar estos pensamientos y modular la conducta a través de la normalización de los patrones de ingesta. Esta intervención psicológica se caracteriza por un seguimiento de la conducta alimentaria a través de registros diarios, resolución de problemas interpersonales y reestructuración cognitiva.

La distorsión y la insatisfacción de la imagen corporal deben ser incluidas en el tratamiento para estabilizar la mejoría y prevenir recaídas. La corrección de su percepción mediante

aproximaciones sucesivas, la desensibilización sistemática, las técnicas de relajación y distensión y la aceptación de límites en la perfección son las estrategias terapéuticas que se han revelado más eficaces.

Además de la existencia de cogniciones distorsionadas y creencias irracionales que deben cambiarse mediante reestructuración cognitiva, el modelo asume que las cogniciones son variables mediadoras de las emociones y sentimientos desadaptados que presentan los pacientes. Los pacientes pueden reconocer, que, de forma hipotética, algunas emociones pueden existir y ser aceptables, pero solo en otros y no en ellos. Se les debe apoyar para que identifiquen sus emociones de forma definida y fiable y las exprese, especialmente las emociones “inaceptables”.

Las adaptaciones de la terapia cognitivo conductual para los adolescentes incluyen también la participación de los padres, así como en ocasiones se complementa con otros tratamientos interpersonales, nutricionales y farmacológicos.

**Terapia familiar:** otra forma de terapia psicológica utilizada en los trastornos de la conducta alimentaria es la conocida terapia familiar. El tratamiento consiste en la movilización de la familia como el principal recurso para animar al paciente a ganar peso y comer normalmente como una forma de aumentar el autocontrol y el dominio.

Este abordaje puede realizarse desde distintas perspectivas teóricas. Dentro del enfoque sistémico la idea común es que el TCA es una manifestación de las alteraciones del sistema familiar, desempeñando un papel homeostático en la familia, lo que a su vez sirve de refuerzo para el mantenimiento del trastorno.

El “Método Maudsley” es una forma específica de terapia familiar que trata de orientar a los padres sobre cómo ayudar a sus hijos, los padres retoman el control de la toma de decisiones con respecto a la alimentación y la restauración de un peso apropiado. Esta técnica básicamente consiste en rechazar el enfoque negativo, crítico y “culpógeno” hacia la familia del paciente y, reemplazarlo por un enfoque que asigne a la familia la responsabilidad de la alimentación y nutrición de su hijo.

**Programas de hospitalización:** la mayoría de los programas de hospitalización utilizan muchas técnicas de tratamiento combinadas como la terapia individual y familiar, asesoramiento nutricional y varias terapias diseñadas para educar al paciente en unos hábitos alimentarios saludables, que tratan de modificar la actitud hacia la imagen corporal y abordar diferentes temáticas como son el ejercicio excesivo con el fin de perder peso. Estos programas de

tratamiento consisten en una serie de estrategias derivadas del aprendizaje social que incluyen el refuerzo y el manejo de contingencias.

Sin embargo, los estudios sobre la eficacia de tales programas de tratamiento para la anorexia nerviosa son limitados. Los datos disponibles sugieren que el tratamiento hospitalario no es más eficaz que el promedio de tratamiento ambulatorio. La utilidad de la hospitalización para la mayoría de los adolescentes con anorexia es dudosa, especialmente dado que ello puede conducir a la separación innecesaria de la familia y amigos y la exposición a otro tipo de enfermedades.

## **REHABILITACIÓN NUTRICIONAL**

Los objetivos de la rehabilitación nutricional en el tratamiento de la anorexia son la recuperación del peso y una mejora del estado nutricional. Esta técnica promueve la normalización de los problemas metabólicos y las complicaciones médicas asociadas con el trastorno. Es importante destacar que la rehabilitación nutricional también permite al paciente alcanzar un nivel de funcionamiento cognitivo necesario para entender y responder a la orientación psicológica y a las intervenciones conductuales. Una persona que no se nutre adecuadamente, no tiene la capacidad mental para centrarse en los problemas, cuestiones y soluciones que deben ser abordados en sesiones individuales y de grupo para promover la recuperación.

Los pacientes con anorexia tienen pánico a ganar peso, por lo que luchan contra el hambre y la ingesta de comida, la elección de alimentos considerados aceptables por el paciente son demasiado limitados para permitir el suficiente consumo de energía, es por ello, que en esta terapia se pretende que los pacientes incorporen los alimentos en proporción y cantidades adecuadas, haciéndoles ver que su ingesta no provoca el efecto negativo que imaginan, y por lo tanto, recobrando una relación saludable con la comida.

Una buena relación y una relación de confianza con un asesor nutricional pueden ser útiles para el paciente, ya que van a sentir que el proceso se está produciendo con la orientación y supervisión, y que comer y el consiguiente aumento de peso no están fuera de control.

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

**Antidepresivos:** la razón por la que se utilizan antidepresivos durante el tratamiento de la anorexia nerviosa viene explicado por la psicopatología asociada a este trastorno, donde se habla de una función alterada de los circuitos serotoninérgicos y noradrenérgicos. Por este motivo,

en el tratamiento farmacológico se incluyen antidepresivos, debido a la gran comorbilidad que existe entre la anorexia y otros trastornos como, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo compulsivos y trastornos depresivos. Tanto la amitriptilina como la clomipramina se han mostrado efectivas en la anorexia nerviosa, especialmente cuando se ha constatado la existencia de depresión asociada. Los efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos son los inconvenientes más importantes, excepto la ganancia de peso que conlleva su utilización. Por otra parte, los modernos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se han utilizado también en el tratamiento de la anorexia nerviosa.

**Antipsicóticos:** los antipsicóticos actúan principalmente en el sistema dopaminérgico. Se conoce que la función de la dopamina en el circuito estriado está alterada en los trastornos de la conducta alimentaria y que contribuye de forma arbitraria a los síntomas de la anorexia. Los datos disponibles hasta el momento permiten sugerir que la olanzapina es útil para mejorar los aspectos psicológicos de los pacientes con anorexia nerviosa.

**Antihistamínicos:** la histamina es un neurotransmisor que regula el apetito y el metabolismo. La ciproheptadina es un antihistamínico que actúa bloqueando los receptores H1 de la histamina. Funciona como estimulador del apetito, y, por lo tanto, resulta útil en el tratamiento de la anorexia más extrema ya que contribuye al aumento de peso.



## 6. CONCLUSIONES

La evidencia de que los tratamientos para adolescentes con anorexia sean eficaces es muy limitada. Existen muy pocos estudios que se centran en esta población en riesgo, sin embargo, hay una serie de estudios actuales que pueden proporcionar nuevas pruebas importantes para guiar la práctica clínica. En la actualidad, encontramos múltiples formas de tratamiento psicológico que se asocian con una mejoría en la calidad de vida del paciente con anorexia.

Uno de los tratamientos más eficaces y que mayor apoyo empírico ha recibido es la terapia cognitivo conductual. Los programas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la anorexia nerviosa tienen como primer objetivo la recuperación del peso a un nivel adecuado y el mantenimiento de dicho peso. El inconveniente de esta terapia es que resulta ser limitado en el tiempo, aun así, el tratamiento puede ser muy útil no solo para tratar trastornos de alimentación sino para mejorar la salud emocional y lograr que la persona cambie su enfoque de vida.

Hay evidencias consistentes que indican que los tratamientos basados en la familia son importantes en el tratamiento de adolescentes con anorexia nerviosa. El establecimiento de una relación de colaboración con las familias presenta un desafío particular, que requiere tiempo y experiencia para equilibrar las necesidades de los diferentes miembros de la familia. Sin embargo, mientras que hay un énfasis en la terapia familiar, los derechos y las responsabilidades individuales del adolescente no deben descuidarse. La confidencialidad y el consentimiento del tratamiento debe tenerse en cuenta. Por esta razón, los jóvenes deben tener reuniones individuales con un terapeuta.

El tratamiento farmacológico (antidepresivos, antipsicóticos y antihistamínicos convencionales) ha mostrado un beneficio adicional en el aumento de peso en las personas que reciben este tratamiento, sin embargo, las investigaciones apuntan que únicamente se debe recurrir a este tratamiento para los adolescentes, cuando la persona con anorexia se encuentre en una fase muy extrema y peligrosa que pueda acabar con su vida.

El tratamiento de la anorexia nerviosa requiere un trabajo multidisciplinario con tratamiento médico y terapias conductuales, individuales, cognitivas y familiares. Es importante ser capaz de predecir cómo las personas con anorexia nerviosa responderán al tratamiento. El conocimiento de los factores asociados con el resultado también puede sugerir modificaciones o enfoques alternativos para los pacientes que no responden a los tratamientos de primera línea. Es un error afirmar que un tratamiento es mejor que otro, se debe tener en cuenta siempre al

individuo como una persona única y no se debe generalizar cuanto al desarrollo terapéutico de los trastornos de la conducta alimentaria.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J. S., & Midgley, N. (2013). Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Short-Term Psychodynamic Models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8): 863-875.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V)*. Washington: American Psychiatric Association
- Anderson, K. E., Byrne, C., Goodyear, A., Reichel, R., & Le Grange, D. (2015). Telemedicine of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: A protocol of a treatment development study. *Journal of Eating Disorders*, 3, 25.
- Bliss, E. L., & Branch, C. (1960). *Anorexia nervosa: Its history, psychology and biology*. New York: Paul B.
- Bruch, H. (1979). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. New York: Vintage Books
- Brauhardt, A., De Zwaan, M., & Hilbert, A. (2014). The therapeutic process in psychological treatments for eating disorders: a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 47(6): 565-584.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
- Castro, J y Toro, J. (2004). *Anorexia nerviosa. El peligro de adelgazar*. Barcelona: Morales i Torres.
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Madrid: Pirámide.
- Chinchilla Moreno, A.; Barjau Romeo, J. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona: Elsevier.
- Ciao, A. C., Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Lock, J., & Le Grange, D. (2015). Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 81–90.
- Clausen, L., & Jones, A. (2014). A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 29.

- Couturier, J., Kimber, M., Lock, J., Barwick, M., McVey, G., Findlay, S., ... Woodford, T. (2015). Implementing highly specialized and evidence-based pediatric eating disorder treatment: protocol for a mixed methods evaluation. *Implementation Science: IS*, 10, 40.
- Crilly, L. (2012) *Hope with eating disorders*. Londres: Hay House.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H., & Fairburn, C. G. (2013). Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(6), 390–398.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 9-12.
- Di Marzo V. et cols. (2001). Leptin-regulated endocannabinoids are involved in maintaining food intake. *Nature*, 410 (6830), 822-825.
- Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Allemang, B., Couturier, J., McVey, G., Lock, J., & Le Grange, D. (2015). Family-based treatment with transition age youth with anorexia nervosa: a qualitative summary of application in clinical practice. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 1-11.
- Espie, J., & Eisler, I. (2015). Focus on anorexia nervosa: modern psychological treatment and guidelines for the adolescent patient. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 6, 9–16.
- Easter, A., & Tchanturia, K. (2011). Therapists' experiences of Cognitive Remediation Therapy for anorexia nervosa: Implications for working with adolescents: *Developmental Neuropsychology*. 18 (2), 233-246.
- Fairburn, C. & Brownell, D. (2012). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Guilford Press.
- Forsberg, S., Fitzpatrick, K. K., Darcy, A., Aspen, V., Accurso, E. C., Bryson, S. W., ... Lock, J. (2015). Development and evaluation of a treatment fidelity instrument for family-based treatment of adolescent anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 91–99.
- Gabel, K., Pinhas, L., Eisler, I., Katzman, D., & Heinmaa, M. (2014). The effect of multiple family therapy on weight gain in adolescents with anorexia nervosa: pilot data. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Académie Canadienne de Psychiatrie de L'enfant et de L'adolescent*, 23(3), 196–199.
- Halmi, K.A. (1974) Anorexia nervosa: Demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosomatic Medicine*, 36, 18-24.

- Hashimoto K, Koizumi H, Nakazato M, Shimizu E, Iyo M. (2005) Role of brain-derived neurotrophic factor in eating disorders: Recent findings and its pathophysiological implications. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 229, 499–504.
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462-469.
- Hughes, E. K., Le Grange, D., Court, A., Yeo, M. S. M., Campbell, S., Allan, E., ... Sawyer, S. M. (2014). Parent-focused treatment for adolescent anorexia nervosa: a study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14, 103-105.
- Isserlin, L., & Couturier, J. (2012). Therapeutic alliance and family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 49(1), 46–51.
- Lindstedt, K., Neander, K., Kjellin, L., & Gustafsson, S. A. (2015). Being me and being us - adolescents' experiences of treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 3, (9), 7 - 9.
- Lock, J. (2015). An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *The Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(5), 707-721.
- Lindvall Dahlgren, C., & Rø, O. (2014). A systematic review of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa - development, current state and implications for future research and clinical practice. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 2-26.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., and Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Montero, I. and León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- O'Kearney, R. (1996). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of theory and empirical research. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 115-127.
- Olson, D. (1989). *Families, what makes them work*. Newbury Park: Sage Publications.
- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., and Wilson, M. (1985). *Family inventories- Inventories used in a national survey of families across the life cycle*. St. Paul: University of Minnesota.

- Schlegl, S., Bürger, C., Schmidt, L., Herbst, N., & Voderholzer, U. (2015). The potential of technology-based psychological interventions for anorexia and bulimia nervosa: a systematic review and recommendations for future research. *Journal of medical Internet research* 17(3), 82-85.
- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- Siegfried Z., Berry E., Hao S. & Avraham Y. (2003). Animal models in the investigation of anorexia. *Physiology and Behavior*, 79(1), 39-45.
- Sholevar G. P. (1987) *Eating disorders throughout the life span*. New York: Praeger.
- Szmukler, G.I., Eisler, I., Gillies, C. and Hayward, M.E. (1985). The implications of anorexia in a ballet school. *British Journal of Psychiatry*, 104, 305-308
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Toro, J. (2004): *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Turón, V.J. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- Turón, V.; Benitez, M. (2000). *Anorexia y bulimia nerviosas: atención y prevención interdisciplinar*. Barcelona: Consulting Dovall.
- Umehara, H., Iga, J., & Ohmori, T. (2014). Successful Treatment of Anorexia Nervosa in a 10-year-old Boy with Risperidone Long-acting Injection. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience: The Official Scientific Journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 12(1), 65–66.
- Wood, L., Ai-Khairulla, H., & Lask, B. (2011). Group cognitive remediation therapy for adolescents with anorexia nervosa: *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 34(10), 1009-1015.